

Place de la kinésithérapie dans la lomboradiculalgie des membres inférieurs

Le traitement médical est à la base de la prise en charge des radiculalgies, qu'elles soient d'origine discale ou arthrosique. Les méthodes kinésithérapiques sont nombreuses, leurs objectifs souvent contradictoires et elles ne sont en tout cas pas validées. Les techniques peuvent se regrouper selon leurs objectifs et moyens : les techniques massokinésithérapiques sédatives à court terme et les techniques de fond à action lente qui sont, pour les dernières, fondamentales dans la prise en charge thérapeutique de la pathologie lombaire commune.

Lomboradiculalgie aiguë : inutile

À la phase aiguë d'une lomboradiculalgie, le repos doit être considéré comme une mesure de confort et non une mesure thérapeutique proprement dite. Plusieurs études ont montré que le repos au lit n'apportait pas de gain sur la douleur et l'incapacité fonctionnelle par rapport au maintien des activités quotidiennes. En cas de mauvaise tolérance à la station debout, le repos au lit ne devrait pas dépasser 14 jours, et il n'est pas indiqué de prescrire de la kinésithérapie pour une lomboradiculalgie aiguë.¹ Un essai randomisé portant sur 135 patients ayant une lombosciatique de moins de 6 semaines a comparé l'association de séances d'exercices physiques avec traitement usuel au traitement usuel seul. Les exercices physiques n'apportent pas de bénéfice antalgique ou fonctionnel à court et long termes.² Pour certains, la kinésithérapie pourrait être particulièrement bénéfique aux patients kinésiophobiques, c'est-à-dire dire souffrant d'une peur morbide à effectuer certains mouvements ou activités.³ Pour d'autres, la kinésithérapie pourrait être pertinente après disparition de la radiculalgie afin de prévenir les récides, en empruntant les mêmes

principes techniques que dans le traitement de la lombalgie commune.

Lomboradiculalgie subaiguë : pour faciliter la reprise des activités physiques

La catégorie des lomboradiculalgies subaiguës, définie par une durée d'évolution comprise entre 6 semaines et 3 mois, a été individualisée en raison du haut risque de passage à la chronicité. La présence d'une sciatique au cours d'une lombalgie est d'ailleurs un facteur de risque de chronicisation à fort niveau de preuve. Des revues de la littérature ont individualisé les études de bonne qualité méthodologique évaluant les effets des exercices physiques dans la lomboradiculalgie. Cependant, ces études regroupent sans distinction des radiculalgies aiguës, subaiguës et chroniques et ne permettent pas de conclure à la supériorité des exercices par rapport à l'inactivité, à la chirurgie ou aux autres traitements conservateurs.^{1,4} Si l'on considère la lomboradiculalgie subaiguë comme une lombalgie subaiguë commune, le recours aux exercices physiques paraît pertinent. La kinésithérapie active est considérée comme un élément facilitateur pour la reprise des activités physiques. Une méta-analyse⁵

apporte une preuve de l'efficacité thérapeutique de l'exercice chez les patients lombalgiques subaigus dont certains avec radiculalgie, notamment pour diminuer l'absentéisme au travail.

Lomboradiculalgie chronique : l'indication la plus probante

En cas de lomboradiculalgie chronique, la kinésithérapie se conçoit comme dans la lombalgie chronique, en employant les techniques de fond à action lente. La kinésithérapie répond à trois objectifs principaux, que sont l'amélioration du contrôle sensorimoteur, l'amélioration musculaire et le reconditionnement à l'effort. Le contrôle sensorimoteur lombopelvien repose sur l'apprentissage progressif de la bascule pelvienne. La rééducation des propriétés musculaires comprend le gain de souplesse, de force et d'endurance des groupes musculaires du tronc et des membres inférieurs. Le reconditionnement à l'effort rajoute aux exercices précédents le travail des capacités aérobies et une progression par contrat : la douleur n'est pas ici considérée comme le facteur limitant, et chaque série d'exercices doit être menée à son terme indépendamment de la douleur.⁶ Cependant, les méthodes d'entraînement, leur fréquence >>>

YANN MACÉ
Centre Laennec,
médecine physique
et de réadaptation,
Malakoff, France
y.mace@reeducation-laennec.fr

Y. Macé déclare
n'avoir aucun
lien d'intérêts

PERTINENCE DE LA KINÉSITHÉRAPIE ET DE SES TECHNIQUES DANS LA LOMBORADICULALGIE DISCALE ET ARTHROSIQUE

Lomboradiculalgie	Techniques actives	Techniques sédatives	Autres
	Travail musculaire Contrôle sensorimoteur Reconditionnement à l'effort	Massage Chaleur	Balnéothérapie Traction lombaire
Aiguë ($\leq$ 4-6 semaines)	-	-	-
Subaiguë et chronique ($>$ 6 semaines)	+	+/-	+/-

Tableau. (+) : prescription pertinente ; (-) : prescription non pertinente ; (+/-) : prescription non pertinente en cas de recours exclusif.

LOMBORADICULALGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

et leur intensité sont insuffisamment détaillées dans la littérature. En 2000, une revue a permis de conclure avec un niveau de preuve élevé qu'en cas de lombalgie chronique avec ou sans radiculalgie, l'exercice était plus efficace que les traitements médicamenteux initialement prescrits. Des revues plus récentes concluent que l'exercice diminue la douleur, l'incapacité, le déconditionnement physique et l'absentéisme au travail en cas de lombalgie chronique avec ou sans radiculalgie.^{5,7} De plus, la prise en charge de la lombalgie s'est adaptée au modèle conceptuel biopsychosocial de Wadell qui valorise une approche concomitante des facteurs cliniques, psychologiques et sociaux, aboutissant à des programmes d'éducation thérapeutique. Aussi, un autre objectif du kinésithérapeute, et non des moindres, est de tendre à réduire les peurs et modifier les croyances sur la lomboradiculalgie chronique, en délivrant une information qui puisse minimiser les conséquences des douleurs, augmenter l'observance du traitement et encourager l'autogestion active du patient. Cependant, l'impact de l'éducation thérapeutique est encore incertain chez cette catégorie de patient.

Cas particulier du syndrome du canal lombaire rétréci

Le syndrome du canal lombaire rétréci se différencie de la radiculalgie d'origine discal par l'association d'une lombalgie à des radiculalgies uni- ou bilatérales, exacerbées à la marche ou à l'hyperextension rachidienne et généralement soulagées par la cyphose. Ce syndrome justifie les choix thérapeutiques en

matière de kinésithérapie orientés vers l'ouverture dynamique du canal rachidien lombaire, le renforcement musculaire des spinaux et le travail aérobie en cyphose. L'étude américaine multicentrique SPORT portait sur le suivi de sujets souffrant d'un syndrome du canal lombaire rétréci ; parmi les patients traités médicalement, il a été observé une amélioration des capacités fonctionnelles et une diminution du recours à la chirurgie à 1 an pour ceux qui ont bénéficié d'une rééducation dans les 6 premières semaines après leur inclusion dans l'étude.⁸ Une revue systématique portant sur les traitements non chirurgicaux du canal lombaire rétréci symptomatique a montré une faible amélioration des radiculalgies dans un groupe de patients ayant bénéficié d'un programme de rééducation par rapport au groupe témoin sans rééducation et précise aussi que les exercices de marche sur tapis roulant et sur bicyclette ergométrique ont des résultats comparables.⁹

Techniques sédatives et autres : certains en appoint, d'autres dangereuses

Le recours aux techniques sédatives n'est pas indiqué dans la lomboradiculalgie non aiguë. L'application de chaleur par divers procédés n'a pas clairement démontré son efficacité et doit se concevoir comme un adjuvant aux médicaments antalgiques et anti-inflammatoires. Le massage est utile pour préparer et accompagner les techniques précédemment citées. Les manipulations vertébrales devraient être contre-indiquées, surtout en cas de radiculalgie discal.

Elles n'apportent pas de bénéfice et ne reposent sur aucun mécanisme logique dans le conflit disco-radiculaire. Concernant les tractions lombaires, l'analyse des études randomisées ne permet pas à ce jour d'affirmer son efficacité avec un niveau élevé de preuve.¹⁰ Cependant, il n'y a pas suffisamment d'arguments d'inefficacité pour retirer définitivement les tractions lombaires de la stratégie thérapeutique des kinésithérapeutes dans le traitement de lomboradiculalgie par hernie discale ou par rétrécissement canalaire. La balnéothérapie cherche la facilitation du mouvement en diminuant l'action de la pesanteur. Ce en quoi elle peut être intéressante pour initier plus rapidement la rééducation chez les patients les plus douloureux.

Prescrire la kinésithérapie

Les règles de prescription de séances de kinésithérapie (v. tableau) ont été modifiées en 2000 par un arrêté entraînant la suppression de la notion qualitative et quantitative de la prescription médicale, puis par un décret confirmant le libre choix des actes et techniques thérapeutiques du kinésithérapeute. De ce fait, une prescription d'actes de kinésithérapie conforme au code de la santé publique ne devrait plus comporter que la date de l'ordonnance, les nom et prénom du patient et la mention « indication de kinésithérapie ». Cependant, la communication du diagnostic médical reste fondamentale pour orienter le bilan diagnostique kinésithérapique en vue du choix thérapeutique. Cette communication peut se faire par une lettre d'accompagnement. ➤

RÉFÉRENCES

1. Lewis RA, Williams NH, Sutton AJ, et al. Comparative clinical effectiveness of management strategies for sciatica: systematic review and network meta-analyses. *Spine J* 2015;15:1461-77.
2. Luijsterburg PA, Verhagen AP, Ostelo RW, et al. Physical therapy plus general practitioners' care versus general practitioners' care alone for sciatica: a randomised clinical trial with a 12-month follow-up. *Eur Spine J* 2008;17:509-17.
3. Verwoerd AJ, Luijsterburg PA, Koes BW, et al. Does kinesophobia modify the effects of physical therapy on outcomes in patients with sciatica in primary care? Subgroup analysis from a randomized controlled trial. *Phys Ther* 2015;95:1217-23.
4. Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Ostelo RWJG, el Barzouhi A, Verhagen AP. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review. *Eur Spine J* 2007;16:881-99.
5. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med* 2005;142:765-75.
6. Poiraudou S, Rannou F, Revel M. Functional restoration programs for low back pain: a systematic review. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50:425-9, 419-24.
7. Liddle SD, Gracey JH, Baxter GD. Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials. *Man Ther* 2007;12:310-27.
8. Fritz JM, Lurie JD, Zhao W, et al. Associations between physical therapy and long-term outcomes for individuals with lumbar spinal stenosis in the SPORT study. *Spine J* 2014;14:1611-21.
9. Ammendolia C, Stuber KJ, Rok E, et al. Nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2013Aug30;8:CD010712.
10. Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, et al. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2013Aug19;8:CD003010.